



# CENTRO DI CONSULENZA FAMILIARE EDUCATIVO RELAZIONALE

## MODULO DI PRESCRIZIONE CORSO DI FORMAZIONE TRIENNALE CONSULENTI DELLA COPPIA E DELLA FAMIGLIA

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_

IL G. \_\_\_\_\_ M. \_\_\_\_\_ A. \_\_\_\_\_

RESIDENTE PROV. \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

N° CELL. \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

ALLEGA FOTOCOPIA (in carta semplice) DIPLOMA QUINQUENNIO MEDIA SUPERIORE

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

LIVELLO DI CORSO DI INTERESSE:

- CRESCITA PERSONALE
- FORMAZIONE AL VOLONTARIATO SOCIOEDUCATIVO
- CONSEGUIMENTO DEL DIPLOMA DI CONSULENTE FAMILIARE

Ai sensi del D.lg 196/2013

I dati forniti saranno utilizzati per le finalità di gestione amministrativa dei corsi  
I dati verranno trattati con modalità cartacee e informatizzate

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.lg 193/2013

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_